

## ITEM 278 : PSYCHOSE ET DELIRES CHRONIQUES.

### Description d'un délire

- Aigu/chronique (6 mois)
- Aspect général : délire paranoïde = polymorphe dans les thèmes et les mécanismes
- Mécanismes : intuitif, hallucinatoire (psychosensoriel/intrapsychique=automatisme mental), interprétatif, imaginatif
- Thèmes
  - Persécution ++
  - mégalomanie-messianique ++
  - filiation
  - mystique, cosmique
  - Hypochondriaque
- Adhésion
- Systématisation : si oui, extension réseau/secteur
- Participation émotionnelle : quantitatif (faible/forte) et qualitatif (congruence, alternance)

## ITEM 278 : SCHIZOPHRENIES

### GENERALITES

<b>Définition</b>	Syndrome délirant + Syndrome dissociatif +/- Classement des signes en positifs [Désorganisation intellectuelle – Comportement inappropriés – Délire] et négatifs [Appauvrissement intellectuel – Emoussement affectif – Apragmatisme – Repli]	
<b>Formes cliniques</b>	Paranoïde	Délire ++ Evolution par poussées entrecoupées de rémissions +/- complètes Bonne réponse au TTT
	Hébéphrénique	- Signes déficitaires ++ : Déclin cognitif – Emoussement affectif – Désinsertion - Délire pauvre
	Dysthymique = Tb schizo-affectif	- Fond : Sptmes dissociatifs mineurs - Poussées : Tb de l'humeur + Dissociation + Délire non congruent à l'humeur
	Pseudo-psychopathique = Héboïdophrénique	Froideur ++ - Bizarrerie – Tb du comportement
	Catatonique	Risque vital si catatonie totale

### CLINIQUE

Schizophrénie = Triade chronique : Syndrome dissociatif + Syndrome délirant + Repli autistique

<b>Terrain</b>	Adolescent – Adulte jeune – Cannabis = Facteur précipitant et aggravant
<b>Mode d'entrée</b>	Insidieux - Signes déficitaires : Appauvrissement/indifférence idéo-affectif – Apragmatisme - Modifications de la personnalité, des affects – Tb du comportement Aigu - BDA ou épisode confuso-onirique - Tb de l'humeur atypique [signes dissociatifs] - Tb des conduites de début brutal

<b>Syndrome dissociatif</b> /!\ Spécifique de la schizophrénie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dissociation = Relâchement des associations entre intellect/affects/attitudes</li> <li>- Discordance = Manifestation clinique = Impression de bizarrerie</li> <li>- Intellectuel</li> <li>Tb du cours de la pensée : Barrage – Fading – Diffluence – Flou associatif</li> <li>- Tb du contenu de la pensée :</li> <li>Pensée hermétique</li> <li>Pauvreté – Illogisme – Perte de la capacité d’abstraction – Déclin cognitif</li> <li>Tb du langage : Maniérismes – Néo/paralogisme – Au max : Schizophasie</li> <li>- Affectif :</li> <li>Ambivalence affective – Emoussement affectif/Froideur – Athymormie – Négativisme – Désinhibition</li> <li>- Moteur :</li> <li>Apragmatisme – Maniérisme – Stéréotypie – Sourires immotivés – Accoutrement inadapté</li> <li>Tonus : Catalepsie – Catatonie</li> </ul>	
<b>Syndrome délirant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mécanismes :</li> <li>Multiples : Hallucinations +++ - Intuition - Interprétation – Imagination</li> <li>- Thèmes : Polymorphes</li> <li>- Systématisation absente [Délire paranoïde = Délire flou et incohérent]</li> <li>- Adhésion totale – Possible critique après résolution [bon pronostic]</li> <li>- Participation affective variable :</li> <li>Massive, anxieuse ou discordante</li> </ul>	
<b>Repli autistique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repli chez soi : Claustromanie</li> <li>- Isolement social malgré stimulation</li> <li>- Incurie</li> <li>- Préoccupations hermétiques</li> </ul>	
<b>Chronicité</b>	Durée > 6 mois – Retentissement fonctionnel	
<b>Signes associés</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tb de l’humeur :</li> <li>Lors des poussées délirantes si schizophrénie dysthymique</li> <li>Lors des rémissions (prise de conscience des tb)</li> <li>- Addictions (cannabis)</li> <li>- Conduites suicidaires (impulsivité ++)</li> </ul>	
<b>Evolution</b>	Chronique continu ou par poussée - ↑ signes déficitaires – Appauvrissement du délire	
<b>DD</b>	<b>Examen</b>	Interrogatoire – TTT – Toxiques – Examen clinique complet (neurologique ++)
	<b>Délire aigu</b>	Confusion – BDA – Tb de l’humeur délirant
	<b>Eléments dissociatifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sd confusionnel – Démence – Iatrogénie</li> <li>- Episode maniaque – Personnalité schizoïde/schizotypique/borderline</li> <li>- Episodes thymiques avec caractéristiques psychotiques</li> </ul>
	<b>Délire chronique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organique : Tb neurologique – Métabolique – Toxique – Endoc – Iatrogène</li> <li>- Autre psychose : Délire paranoïaque – PHC – Paraphrénie</li> </ul>
	<b>Catatonie</b>	Mélancolie – Syndrome malin des NRL - Organicité

/!\ Délire paranoïde ≠ Délire paranoïaque

<b>Délire paranoïde</b>	<b>Délire paranoïaque</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flou – Mal structuré – Pas de systématisation</li> <li>- Thèmes multiples</li> <li>- Mécanismes multiples</li> <li>- Adhésion variable</li> <li>- Participation affective variable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Systématisé en réseau</li> <li>- Thème : Persécution</li> <li>- Mécanisme : Interprétation</li> <li>- Adhésion totale</li> <li>- Participation affective intense</li> </ul>

**PARACLINIQUE**

<b>Bio</b>	NFSpg – Iono – Calcémie – Glycémie – OH – Toxiques – TSH - BHC + Selon OD
<b>Imagerie</b>	IRMc (A défaut EEG)
<b>Pré-TTT</b>	ECG avec mesure du QTc – EAL – GAJ – Bilan rénal – BHC - βhCG

## PRISE EN CHARGE

<b>Hospitalisation</b>	- En psychiatrie +/- sous contrainte - 1 <sup>ère</sup> épisode : Evaluation – Elimination d’une organicité – Mise en route du TTT - Lors des poussées - Risque suicidaire
<b>TTT antipsychotique incisif +/- sédatif</b>	- Après bilan pré-thérapeutique - Délai d’action : 4-6 semaines sur les sptmes positifs - > sur sptmes négatifs - Début à dose minimale – Augmentation progressive – Monothérapie si possible - Rechercher la dose minimale efficace dès contrôle de la poussée - Forme LP si défaut d’observance après test de tolérance sur la forme immédiate - Pas d’association à un anticholinergique systématique - Durée : ≥ 1 an si 1 <sup>er</sup> épisode psychotique aigu Au long cours si 2 épisodes en < 5 ans ou > 2 épisodes - Arrêt progressif
<b>ECT</b>	Forme catatonique – CI/résistance aux antipsychotiques
<b>TTT associés</b>	- Correcteur anticholinergique si sd parkinsonien - Antidépresseur di EDM - Thymorégulateur si tb schizoaffectif - TTT ponctuel : Insomnie, agitation...
<b>Psychothérapie</b>	Soutien +/- familiale et TCC selon motivation
<b>Education</b>	Patient + famille : Maladie – TTT – Observance – Association de patients et de famille RHD pour prévention des EI métaboliques – Sevrage des addictions (cannabis ++)
<b>Remédiation cognitive</b>	Rééducation pour limiter le déclin cognitif/améliorer les performances dans la vie quotidienne
<b>Social</b>	- Financière : 100% - AAH... - Sauvegarde de justice lors des poussées +/- curatelle /tutelle - Logements : APL – Foyers – Appartements thérapeutiques - Insertion socio/professionnelle : Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé auprès de la CDPH – Travail protégé – HDJ ou CATTP si pas d’emploi - Mise en place d’un réseau de soin
<b>Surveillance</b>	- Clinique : Efficacité – FC – TA – T° - Poids – Tour de taille – Globe – GAFA – Examen neuro – ECG - Paraclinique : NFS/ semaine pendant 18 semaines puis/mois si clozapine NB : Aménorrhée sous NRL = 1) βhCG – 2) Prolactinémie
<b>Résistance</b>	Schizophrénie résistance = - Echec de 2 TTT antipsychotiques successifs bien conduits - Après un temps suffisant : 4-6 semaines (délire) / 2-3 mois (sptmes négatifs) →TTT par Clozapine + NFS/semaine pendant 18 semaines puis / mois pdt tt le ttt

## CRITERES DSM -IV

<b>A</b>	≥ 2 pendant ≥ 1 mois - Idées délirantes - Hallucinations - Discours désorganisé - Comportement catatonique ou désorganisé - Symptômes négatifs
<b>B</b>	Dysfonctionnement social ou des activités
<b>C</b>	Signes permanents de perturbation ≥ 6 mois dont ≥ 1 symptôme A
<b>D</b>	Exclusion d’un trouble schizoaffectif et d’un trouble de l’humeur
<b>E</b>	Pas d’affection organique/toxique - Imagerie cérébrale – EEG - NFSpq – CRP – Iono – Calcémie – Glycémie – Créat – BHC – TSH - Toxiques sanguins et urinaires

## ITEM 278 : PSYCHOSE HALLUCINATOIRE CHRONIQUE

/!\ Pas de dissociation

### CLINIQUE

<b>Terrain</b>	- Femme âgé vivant seule +/- Tb de personnalité antérieur : Paranoïaque – Histrionique
<b>Prodromes</b>	Tb de l'humeur – Tb du comportement
<b>Mode de début</b>	Progressif ou brutal – Possible facteur déclenchant
<b>Délire</b>	- Mécanisme : Hallucinations +++ : Psycho-sensorielles (cénesthésiques ++) – Intrapsychiques) Interprétation – Intuitions - Thème : Sexuel – Persécution – Influence - Systématisation variable - Adhésion totale - Participation affective forte /!\ Risque de trouble du comportement et d'agressivité
<b>Evolution</b>	Chronique par poussées entrecoupées de remissions +/- totale – Puis enkystement du délire
<b>DD</b>	- Organique : /!\ Hallucinations chez le sujet âgé = Tjs rechercher iatrogénie, tb sensoriels et démence → Examen clinique complet – TTT – Bilan ORL/ophtalmo – MMS +/- bilan cognitif Bilan bio – IRMc - Psychiatrique : BDA – Schizophrénie – Délire paranoïaque – Paraphrénie

### PRISE EN CHARGE

<b>Hospitalisation</b>	Poussées – Risque suicidaire Risque hétéroagressif
<b>TTT médicamenteux</b>	/!\ Patiente âgé = Limiter la iatrogénie Possible respect d'un délire résiduel si sans csq - Antipsychotique incisif - Choisir une molécule peu anticholinergique - Dose minimale efficace adaptée à la fonction rénale - Fractionnement sur la journée
<b>Psychothérapie</b>	Soutien +/- TCC... selon motivation
<b>Social</b>	- Sauvegarde de justice pendant les poussées +/- curatelle/tutelle - ALD30 – AAH/APA

## ITEM 278 : PARAPHRENIES

/!\ Pas de dissociation – Pas de déclin cognitif

<b>C L I N I Q U E</b>	Terrain	Homme d'âge mur
	Début	Progressif
	Délire	- Mécanisme : Imaginatif - Thème : Merveilleux – Mythomanie – Filiation – Cosmique – Mystique – Mégalo - Adhésion majeure - Systématisation en secteur - Participation affective variable - Retentissement : Faible – Cognition préservée – Maintien de l'insertion sociopro
	Formes	- Confabulante : Idées de grandeur, de filiation illustre - Fantastique : Science-fiction
<b>P</b>	Médicament	Peu sensible aux antipsychotiques – Tolérer le délire si pas de retentissement majeur

Lorraine Waechter - <http://ficheseqn.wordpress.com/>

<b>E</b>	Social	ALD – APA – Sauvegarde de justice si besoin
<b>C</b>		

### ITEM 278 : DELIRES PARANOÏAQUES

<b>Définition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délire chronique</li> <li>- Intuition délirante alimentée par de nombreuses interprétations +/- imagination</li> <li>- Systématisation = Cohérent</li> <li>- Adhésion totale – Forte participation émotionnelle</li> </ul>
<b>Type</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Délires passionnels</li> <li>Délire de jalousie – Délire érotomaniaque - Délire de revendication</li> <li>- Délire d'interprétation de Sérieux et Capgras</li> <li>- Délire de relation des sensitifs de Kretschmer</li> </ul>

### DELIRES PASSIONNELS

<b>Généralités</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Initialement : Intuition délirante alimentée par de nombreuses interprétations</li> <li>- Puis : Enrichissement du délire</li> <li>- Systématisation en secteur (Un seul aspect de la vie du sujet ≠ en réseau)</li> <li>!!\ Risque = Passage à l'acte hétéroagressif</li> </ul>	
<b>J A L O U S I E</b>	<b>Terrain</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Homme</li> <li>Personnalité paranoïaque pré-morbide</li> </ul>
	<b>Début</b>	Insidieux
	<b>Délire</b>	Intuition délirante d'être trompé
	<b>Complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- OH ++</li> <li>- Passage à l'acte hétéro-agressif sur le conjoint/l'amant(e) présumé(e)</li> <li>- Dépression / TS</li> <li>- Désinsertion socio-professionnelle</li> </ul>
<b>E R O T O M A N I E</b>	<b>Terrain</b>	Femme – Personnalité pré-morbide histrionique
	<b>Délire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intuition délirante d'être aimé – Le + svt par quelqu'un d'inaccessible</li> <li>1) Phase d'espoir = Tout est interprété comme signe d'amour</li> <li>2) Phase de dépit car non survenue d'un rapprochement</li> <li>!!\ Risque de dépression / TS</li> <li>3) Phase de rancune</li> <li>!!\ Risque de passage à l'acte hétéro-agressif sur la personne ou son entourage</li> </ul>
<b>R E V E N D I C A T I O N</b>	<b>Terrain</b>	Homme
	<b>Début</b>	Insidieux – Interprétation élaborée convaincante
	<b>Délire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Conviction délirant d'être victime d'un préjudice spécifique</li> <li>- Inventeurs méconnus</li> <li>- Quérulents processifs</li> <li>- Idéaliste passionné...</li> </ul>
	<b>Complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Addictions</li> <li>- Passage à l'acte auto/hétéroagressif</li> <li>- Retentissement socioprofessionnel</li> </ul>

### DELIRE D'INTERPRETATION DE SERIEUX ET CAPGRAS

<b>Terrain</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Homme</li> <li>Personnalité paranoïaque ou obsessionnelle prémorbide</li> </ul>
<b>Début</b>	Aigu ou progressif
<b>Délire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thème : Persécution et préjudice +/- mégalomanie</li> <li>- Systématisation en réseau = Tous les domaines sont envahis</li> <li>- Adhésion totale – Participation affective variable</li> </ul>

<b>Complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Désinsertion socioprofessionnelle</li> <li>Comportement inadapté = Licenciement = Alimente le délire de persécution</li> <li>- Addictions</li> <li>- Dépression / TS</li> <li>- Passage à l'acte hétéro-agressif</li> </ul>
----------------------	--

<b>DELIRE DE RELATION DES SENSITIFS (DE KRETSCHMER)</b>
---

<b>Terrain</b>	Personnalité sensitive
<b>Délire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Thème : Préjudice – Persécution – Actes contraires aux valeurs morales – Idée de référence</li> <li>- Systématisation lâche en secteur [proches/collègues]</li> </ul>
<b>Complications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Addictions</li> <li>- Dépression / TS</li> <li>/!\ Pas de passage à l'acte hétéro-agressifs : Délire vécu entièrement intériorisé</li> </ul>

<b>PRISE EN CHARGE</b>
------------------------

<b>Hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dangerosité</li> <li>- Anxiété majeure</li> <li>- Dépression – Risque suicidaire</li> <li>/!\ SPDRE si soins sous-contrainte : Eviter que le 1/3 ne devienne persécuteur</li> </ul>
<b>TTT médicamenteux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antipsychotiques incisés</li> <li>Peu efficace sur le délire mais TTT de l'angoisse/impulsivité/passage à l'acte</li> <li>- TTT symptomatique : AD si dépression – NRL sédatif si agressivité majeure ...</li> </ul>
<b>Psychothérapie</b>	Soutien +/- selon motivation
<b>Social</b>	ALD +/- AAH/APA – Sauvegarde de justice +/- curatelle/tutelle